

# Los sistemas públicos de salud en México:

## necesidad social y viabilidad económica de transitar de la segmentación a la cobertura universal

Leonardo Lomelí Vanegas\*

Los indicadores del estado de salud de una nación son, en buena medida, reflejo de su nivel de desarrollo (entendido como una combinación del nivel de ingreso, su tasa de crecimiento y su distribución); siendo así, quizá convenga partir de un primer diagnóstico: de acuerdo con los datos con los que disponemos, el estado de la salud de México en la actualidad es, por decir lo menos, no satisfactorio; su sistema de salud muestra rezagos importantes en tres indicadores centrales, a saber: equidad, calidad y cobertura financiera.

Las desigualdades y los contrastes siguen siendo las características centrales de México; las grandes brechas entre quienes tienen todo (la sociedad satisfecha de la que hablaba John Kenneth Galbraith) y quienes carecen de lo elemental. Probablemente algunos podrán argumentar que, dado que el nivel de ingreso de un país determina sus condiciones de salud, México “está en el camino”; sin embargo, estudios recientes demuestran que el nivel de salud también tiene un efecto directo sobre el crecimiento económico. Y si bien la relación entre salud y crecimiento ciertamente no es lineal ni unívoca, ya que la dinámica económica tiene que ser capaz

\* Profesor Asociado de Tiempo Completo. Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México. Conferencia presentada en el 47° Aniversario del CIESS.

# Public health systems in Mexico:

## social need and economic feasibility for moving from segmentation to universal coverage

Indicators related to a nation’s state of health are mainly a reflection of its development level (understood as a combination of the income level, its growth rate and distribution); in this scenario, it may be convenient to begin with an initial diagnosis: according to available data, the state of health in Mexico is currently unsatisfactory, to say the least; its health system shows important shortcomings in three key indicators: equity, quality and financial coverage.

Inequities and contrasts continue to be the main characteristics in Mexico; the large gaps between those who have everything (the “satisfied society” referred by John Kenneth Galbraith) and those who lack the most basic things. Some could probably argue that given that the income level of a country determines its health conditions, Mexico “is on its way”; nevertheless, recent studies show that the health level also has a direct effect on economic growth. If it is true that the relation between health and growth is certainly not linear nor univocal, given that the economic dynamic has to be able to sustain the generation

\* Full-time Associate Professor. Faculty of Economics, National Autonomous University of Mexico. Conference delivered, CIESS 47th Anniversary.

de sustentar la generación de empleos suficientes para capitalizar los beneficios de una mano de obra crecientemente productiva, también es cierto que si no se invierte adecuada y eficientemente para mejorar los niveles de salud de la población, la posibilidad de convertir el crecimiento económico en crecimiento sostenido queda limitada.

Hay varios estudios que demuestran la asociación positiva entre salud y crecimiento; una investigación<sup>1</sup> sobre la relación de la esperanza de vida y la tasa de mortalidad (entre diferentes grupos de edad) con el crecimiento económico, sostiene que los avances en materia de salud contribuyeron con aproximadamente un tercio del crecimiento (potencial) registrado en México en el periodo 1970-1995. En todo caso, el crecimiento de la población y de la esperanza de vida a lo largo del siglo XX permitió pasar de 13 millones de habitantes en 1900 a más de cien millones en el año 2000 y de ser un país predominantemente rural nos convertimos en dos décadas (1940-1960) en otro predominantemente urbano. Es indudable que esta gran transformación no se hubiera logrado sin las inversiones en salud, aún cuando hayan sido insuficientes, de los gobiernos posrevolucionarios.

En este sentido, en tanto que los recursos para la atención integral a la salud son una inversión y no un gasto “que puede ser dejado para después”, es posible asumir una primera postura: la salud no es mercancía, caridad ni privilegio sino un derecho social. No hay, ni puede haber, desarrollo humano sin un sistema de salud y seguridad social universal e integral. El Estado no puede abdicar de su responsabilidad de garantizar el acceso a la salud a todos los ciudadanos. El mercado solamente reproduciría las asimetrías en la distribución del ingreso en el acceso a los servicios de salud.

Bajo esta óptica, es claro que no son, ni pueden ser, las fuerzas del mercado o las negociaciones comerciales las que determinen los niveles de salud de la población; la definición de las políticas que garanticen la seguridad social y la salud de los mexicanos es tarea ineludible del Estado y más aún, una obligación establecida en la Constitución Política de nuestro país, que establece el derecho a la salud. Es responsabilidad de todos y en particular de médicos, abogados y economistas diseñar los mecanismos adecuados para garantizar este derecho.

**II. La creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1942 y la transformación ese mismo año, del Departamento de Salubridad en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) representó un avance significativo en el desarrollo de los sistemas de salud pública en México. El esquema general apostaba por la ampliación gradual y secuencial de la cobertura de los servicios de salud y de los**

of employment so as to capitalize the benefits of an increasingly productive labor, it is also true that without proper and efficient investment to improve the health levels of a population, the possibility to turn economic growth into sustained growth is limited.

Several studies show the positive association between health and growth; research conducted<sup>1</sup> on the relation between life expectancy and mortality rate (between different age groups) and economic growth, sustains that advances in health issues contributed approximately with a third of the (potential) growth registered in Mexico between 1970-1995. In any case, the population growth and life expectancy throughout the 20th Century allowed the country to grow from 13 million inhabitants in 1900 to over one hundred millions by year 2000, and to become, from a mainly rural country into a mainly urban one, in two decades, from 1940 to 1960. Unquestionably, this transformation could have not been achieved without investment in health, even when insufficient, from the post-revolution governments.

In this sense, while resources for the integral health care are an investment and not an expenditure “that can be taken care of later”, it is possible to take a first stand: health is neither a product, nor a charity or privilege, but a social right. There is no human development without a universal and integral health and social security system. The State cannot give up on its responsibility to guarantee access to health for all citizens. The market would only reproduce asymmetries in income distribution regarding access to health services.

From this perspective, it is clear that neither the market force nor commercial negotiations are, or can be, the determinants of health levels in a population; the definition of policies that guarantee social security and health of Mexicans is a clear task of the State, and furthermore, an obligation established by the Political Constitution of our country, which establishes the right to health. It is a common responsibility, particularly one of physicians, lawyers and economists, to design appropriate mechanisms so as to guarantee such right.

**II. The creation of the Mexican Social Security Institute (IMSS) in 1942, and the transformation of the Sanitary Department into the Ministry of Health and Assistance (SSA) represented a significant improvement for the development of public health systems in Mexico. The general scheme aimed at the gradual and in-sequence expansion of coverage in health services and benefits of social security by means of incorporating the economically active popula-**

<sup>1</sup> Mayer-Foulkes, D. “The Long-term Impact of Health on Economic Growth in Mexico, 1950-1995”, en *Journal of International Development*, 2001.

<sup>1</sup> Mayer-Foulkes, D., “The Long-term Impact of Health on Economic Growth i Mexico, 1950-1995”, in *Journal of International Development*, 2001.

beneficios de la seguridad social mediante la incorporación al IMSS de la población económicamente activa y sus familias. Mientras se alcanzaba este objetivo, la SSA contaría con un sistema complementario para atender a la población abierta. El desarrollo del sistema corrió en paralelo a la acelerada industrialización y urbanización que caracterizó las décadas siguientes. Pero el esquema entró en crisis, como el resto de la economía, en los años ochentas. A partir de entonces, al estancamiento en el crecimiento de su cobertura en términos relativos al tamaño de la población, hay que añadir un deterioro en la calidad que resulta de la caída del gasto en salud por habitante durante la crisis de los ochentas y del incremento en los costos de atención.

A pesar de los avances alcanzados en el siglo XX, se mantienen rezagos a los que se han sumado nuevos retos derivados de las transiciones demográfica y epidemiológica que, en conjunto, contribuyen a mantener —y ahondar— configuraciones que reproducen esquemas que tienen que ver no sólo con la desarticulación del sistema (instituciones y programas) sino también con una cobertura insuficiente y desigual, baja eficacia de los recursos, mala utilización de las unidades y desequilibrios financieros.

No obstante las reformas realizadas y el hecho de que el gasto en salud se incrementó en el primer quinquenio del siglo XXI (de 5.6 del PIB en 2000 a 6.5 en 2005), y que el gasto *per cápita* pasó de 3 664 a 4 981 pesos en el mismo periodo, México presenta asimetrías entre la atención prestada por el sistema de salud y las necesidades de la población. En 2004, el gasto público representaba 46% del gasto total en salud (porcentaje menor que el promedio [72%] de los países de la OCDE) y también inferior a países de América Latina con ingresos similares o inferiores a los nuestros como Chile (48.8) y Honduras (56.5). Con estos recursos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas: a las que ofrecen servicios a la población derechohabiente por su condición laboral (IMSS, ISSSTE y los servicios de salud de Pemex y las secretarías de Defensa y Marina), así como a las instituciones dedicadas a atender a la población sin seguridad social.

En términos de inversión total, considerando recursos públicos y privados, el porcentaje fue menor al promedio latinoamericano; Costa Rica, por ejemplo, destinó 7.3; Brasil, 7.6; y Uruguay, 9.8%, frente a 6.5% que alcanzó México en 2005. Si nos quisiéramos medir con los miembros de la OCDE encontraríamos que somos el país que destina el menor porcentaje del PIB al gasto en salud. Pero, más allá de las comparaciones internacionales y de que no se cuente con parámetros universales en cuanto al monto óptimo de inversión en salud, conviene preguntarse si México realiza la inversión adecuada (considerando el gasto total, las fuentes de financiación y su distribución). Este punto puede responderse con solvencia al revisar la información

tion and their families into the IMSS. On the road to reaching this target, the SSA would have a complementary system to care for the open population. The system was developed at the same pace as the accelerated industrialization and urbanization that marked the following decades. But the scheme went into crisis, just as the rest of the economy, during the 80s. Since then, to the stagnation of growth in its coverage in relation to the size of the population, we would have to add a certain decrease in quality resulting from falling expenditure in health per capita during the crisis of the 80s and increasing care costs.

In spite of advances achieved during the 20th century, there are prevailing shortcomings added to new challenges derived from demographic and epidemiological transitions that, on the whole, may contribute to maintain—and deepen—configurations that reproduce schemes related not only to the disarticulation of the system (institutions and programs), but also to insufficient and unequal coverage, low efficiency of resources, poor utilizations of units and financial unbalances.

Regardless of reforms conducted and the fact that expenditures in health increased during the first five years of the 21st century (from a 5.6 GDP in 2000 to 6.5 in 2005), and that the per capita expenditure moved from 3 664 to 4 981 pesos during the same period, Mexico presents asymmetries between care provided by the health system and the population needs. In 2004, public expenditure represented 46% of the total expenditure in health (a percentage below the average (72%) of OECD countries and also inferior to countries in Latin America with income similar or inferior to ours, such as Chile (48.8) and Honduras (56.5). The operation of the two basic types of public institutions is financed by these resources: those offering services to right holders due to their labor conditions (IMSS, ISSSTE, Pemex health services and the Ministries of Defense and Marine), as well as, to institutions dedicated to care for uninsured population.

In terms of total investment, considering public and private resources, the percentage was smaller in relation to the Latin American average; Costa Rica, for instance, allocated 7.3, Brazil, 7.6, and Uruguay 9.8% in relation to 6.5% achieved by Mexico in 2005. If we were to compare ourselves with members of the OECD we would find that our country allocates the smallest percentage of the GDP to health expenditures. But, beyond international comparisons, and besides from the fact that we do not have universal parameters regarding an optimum amount for investment in health, it is important to question whether Mexico is making an adequate investment (considering total expenditure, financing sources and their distribution). This may have a reliable answer by reviewing available information, which indicates that investment in health is not

disponible, que indica que la inversión en salud no sólo es menor a la requerida y esperada para un país con el nivel de desarrollo<sup>2</sup> y necesidades del nuestro, sino que el financiamiento tiene deficiencias y su distribución no contribuye a reducir las disparidades en los indicadores de salud.

No obstante lo anterior, hay que reconocer que uno de los cambios más significativos de los últimos años ha sido el incremento, en términos reales, de los recursos federales para la población sin seguridad social; aumento que, sin embargo, no ha logrado equilibrar el desbalance del gasto público observado entre la población asegurada y la no asegurada. En este contexto, conviene apuntar que como resultado de diversas reformas a la Ley General de Salud, en 2004 empezó a operar el Seguro Popular cuyo financiamiento es tripartito: recursos federales asignados por la Secretaría de Salud, recursos estatales y cuota familiar.<sup>3</sup> Datos del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados indican que para 2009 los recursos con los que cuenta el Seguro Popular representan 48.6% del gasto total del ramo; dispone de 41, 368 millones de pesos lo cual resulta en un aumento de 5.7% respecto de 2008.

Resulta innegable que se requería avanzar en la extensión de los servicios de salud. Sin embargo, no resulta evidente que la creación del seguro popular sea la solución más conveniente para ampliar la cobertura. Más aún, cabe preguntarnos si la creación de un nuevo programa no abona en la segmentación de los servicios públicos de salud, en la heterogeneidad de sus prestaciones y en la ineficiencia operativa del sistema nacional de salud.

**III.** De acuerdo con un estudio internacional comparativo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el problema más crítico que presentaba México en 2000 era el de la “equidad en la contribución financiera”, ya que más de la mitad de la población estaba excluida de sistemas de seguridad social y casi la totalidad del dinero que circulaba en el sector privado provenía de gastos de bolsillo (que además de ser ineficiente refuerza la desigualdad económica). Además de que el sistema mexicano de salud, medido por medio de indicadores de desempeño y calidad, ocupaba los lugares 55 y 64 respectivamente de las tablas internacionales.

only smaller than required and expected for a country with the level of development<sup>2</sup> and needs than that of our own, but that financing is deficient and its distribution does not contribute to reduce disparities in health indicators.

Notwithstanding the above information, it is important to recognize that one of the most significant changes in the last years has been the increase, in real terms, of federal resources for uninsured population; this increase, has nevertheless been unable to balance public expenditure observed between insured and uninsured population. In this context, it is important to point out that the Popular Insurance began to operate in 2004 as a result of several reforms made to the General Health Law: federal resources assigned by the Ministry of health, state resources and family contribution.<sup>3</sup> Data from the Study Center of Public Finances from the Chamber of Deputies indicate that for 2009, resources for the Popular Insurance represent 48.6% of the total income in this branch; it counts with 41, 368 million pesos, which represents an increase of 5.7% in relation to 2008.

It is undeniable that progress was needed for the expansion of health services. However, it is unclear whether the creation of the popular insurance would be the most convenient solution to attain said coverage. Furthermore, we must ask ourselves if the creation of a new program does not contribute to a segmentation of public health services, heterogeneity of benefits and operational inefficiency of the national health system.

**III.** According to an international comparative study by the World Health Organization (WHO), the most critical problem presented by Mexico in year 2000 was that of “equity in financial contribution”, as over half of the population was excluded from social security systems, and almost the totality of money circulating in the private sector came from pocket money (which besides from being inefficient, reinforces economic inequity). Besides, the Mexican health system, measured through performance and quality indicators, ranked 55 and 64 respectively, regarding international tables.

While publicly recognizing that both health and education are fundamental pillars of human development, and even, in our case, are identified as prototypes of the basic rights established by the Constitution, we must recognize that the social State project, which by nature must system-

<sup>2</sup> En 2005, de acuerdo con clasificaciones del Banco Mundial, México estaba catalogado como país de “ingreso medio alto” oscilando el *per cápita* anual entre 3 256 y 10 065 dólares.

<sup>3</sup> De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, el seguro popular atendió en 2005 a 63% de la población incluida en el decil uno; 30% del decil dos; 5% del decil tres, y 2% cubrió la atención de los deciles cuatro al diez. En términos de género, a mujeres correspondió 73% y a hombres 23.

<sup>2</sup> In 2005, according to the World Bank, Mexico placed as a “medium-high income” country, fluctuating between an annual per capita income of 3,256 and 10,065 USD.

<sup>3</sup> According to data from the Ministry of Health, the popular insurance served in 2005 63% of the population included in decile one; 30% in decile two; 5% in decile three and 2% covered deciles four to ten. In gender terms, 73% corresponded to women and 23% to men.

Si bien se reconoce públicamente que tanto la salud como la educación son pilares fundamentales del desarrollo humano, e incluso, en nuestro caso se identifican como prototipos de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución, hay que reconocer que el proyecto de Estado social, que por su naturaleza misma debe reducir sistemáticamente las contingencias así como disminuir las diferencias entre grupos, sectores y regiones, no ha logrado concretarse plenamente en nuestro país.

De acuerdo con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en 2005 coexistían entidades con índices de desarrollo humano similares a países europeos (en los estados de Nuevo León y el DF, por ejemplo), con otras que registraron índices equivalentes a los observados en países como El Salvador (Chiapas y Oaxaca). No está de más advertir que el abanico de la disparidad se abre si la comparación se realiza en el nivel municipal. Debido a que la salud tiene un efecto directo sobre la productividad y el ingreso e indirecto sobre el crecimiento económico, mediante procesos de acumulación de capital humano, la desigualdad entre grupos y regiones afecta de manera directa la productividad y puede generar pobreza en el ámbito local. Por esta razón la reducción de brechas cobra especial relevancia no sólo desde el plano normativo sino también desde el económico.

Dada la gran desigualdad observada en los indicadores de salud es necesaria una política progresiva de gasto en este rubro. Ante los argumentos que señalan que mejorar los indicadores de salud en zonas rezagadas resulta muy caro, vale la pena mencionar que hay ejemplos que indican que los costos no tienen porqué ser inmanejables. Si bien en México existe una alta correlación entre nivel de ingreso e indicadores de salud, esta relación no se presenta en otros países. Tenemos ejemplos como el del estado de Kerala, en India, que tenía en 1992 un ingreso *per cápita* cercano a los 300 dólares, y una tasa de mortalidad infantil similar a la de países de ingreso mayor como Argentina o Uruguay. Además, la esperanza de vida era mayor que el promedio nacional de India y similar a la que reportaban algunos países de ingreso medio como Brasil o México. El éxito de Kerala estaba basado en acciones públicas que promovían provisiones equitativas de servicios de salud y otros básicos, una participación social exigente, un gasto social *per cápita* mayor al promedio de otros estados y una distribución uniforme entre los diferentes grupos sociales.

IV. En México una parte muy importante de la población sigue sufriendo los llamados problemas del subdesarrollo: infecciones, diarreas, desnutrición, padecimientos ligados al embarazo y el parto y, al mismo tiempo, se incrementan los problemas derivados del crecimiento industrial y urbano: diabetes, enfermedades del corazón, crónico-degenerativas, mentales y adicciones. Se trata de dualidades que nos remi-

aticamente reduce contingencias and diminish the differences between groups, sectors and regions, has failed to be fully accomplished in our country.

According to the United Nations Development Program (UNDP), by 2005 there were entities with human development indicators similar to European countries (the states of Nuevo Leon and the Federal District, for instance), while others registered indicators equivalent to those observed in countries such as El Salvador (Chiapas and Oaxaca). It is important to note that the range of disparities widens when such comparison is taken to the municipal level. As health has a direct effect on productivity and income, and indirectly on economic growth by means of human capital accumulation processes, inequality existing between groups and regions directly affects productivity and may generate poverty in the local context. For this reason, the reduction of gaps gains special relevance not only from the regulatory level, but also from the economic level.

A progressive expenditure policy is necessary given the severe inequity observed in health indicators. Before the arguments that show that improving health indicators in lagging areas is costly, it is worth mentioning that some examples indicate that costs do not have to be unmanageable. If it is true that there is a high co-relation between the level of income and health indicators in Mexico, this relation is not present in other countries. For example, in the case of the state of Kerala, in India, which had a *per capita* income of nearly 300 USD in 1992, and an infant mortality rate similar to countries of larger income such as Argentina or Uruguay. Besides, life expectancy was higher than the national average in India and similar to that reported by middle-income countries such as Brazil or Mexico. Kerala's success was based in public actions that promoted an equitable provision of health and other basic services, a demanding social participation, a larger *per capita* social income than the average of other states and an even distribution between the different social groups.

IV. A rather important sector of the population in Mexico still suffers from the so called underdevelopment problems: infections, diarrheas, malnutrition, pregnancy and delivery related ailments, with a simultaneous increase of problems resulting from industrial and urban growth: diabetes, heart, chronic-degenerative and mental diseases and addictions. These are dualities that refer us to our main historically unresolved matter, that is, inequality.

As mentioned, expenditures do not match, the needs of the population; its distribution is unequal and inefficient among population groups and states (in 2003, the federal per capita expenditure at the state level ranged from 8 to

ten a nuestra principal asignatura histórica pendiente, que no es otra que la desigualdad.

Además, el gasto no coincide, como lo hemos dicho, con las necesidades de la población; su distribución es inequitativa e ineficiente entre grupos poblacionales y estados (en 2003 el gasto federal *per cápita* en los estados variaba de 8 a 1 entre la entidad con el gasto más alto y el más bajo); esto sin considerar el hecho de que históricamente los estados más pobres han tenido menores fondos federales para la salud y, por lo mismo, menor acceso a la seguridad social. En ese año, por ejemplo, en Chiapas y Oaxaca sólo una quinta parte de los hogares estaban asegurados; además, la cobertura resulta regresiva (de acuerdo con cifras oficiales para ese mismo año, mientras más de 60% de la población del quintil más rico estaba asegurada, la cifra para el quintil más pobre era apenas de 10%).

Con base en datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) aquellos estados con menores índices de marginación reciben mayor cantidad de recursos públicos, y sus poblaciones cuentan con mayores coberturas de seguridad social. En contraste, en las entidades que presentan mayores grados de marginación, los recursos destinados a la salud son menores y sus poblaciones no se encuentran protegidas por la seguridad social. Esta diferencia, aunada al hecho de que las entidades con alto grado de marginación gastan, en promedio, menos recursos que la población no asegurada, ocasiona enormes disparidades.

Comparando los dos tipos de población, la diferencia más extrema se presentó entre el gasto *per cápita* para la población asegurada del DF (7 046 pesos) y el gasto *per cápita* para la población no asegurada del estado de Puebla (575 pesos). La inequidad de los servicios públicos de salud tiene que ver también con la heterogeneidad de los niveles de cobertura y calidad. En el caso de las zonas rurales un número importante de comunidades no cuenta con la cobertura requerida (estudios de micro regionalización permitirían considerar no sólo la extensión de los servicios sino la progresiva sustitución de médicos en servicio social por personal profesional de base, entre cuyas características estuviera considerada una continua formación y actualización); asimismo, junto a una baja utilización de unidades hay, al mismo tiempo, grupos poblacionales sin atención.

En cuanto a la heterogeneidad en la calidad de los servicios prestados, ésta tiene que ver no sólo con la insuficiencia de la financiación sino también con la deficiente organización y administración de los servicios, escasa capacitación de personal, pocos mecanismos de supervisión y evaluación, así como sistemas de información deficientes.

En ese sentido, programas como el seguro popular de salud pueden contribuir a incrementar la heterogeneidad y ahondar la brecha entre los servicios que recibe la población asegurada y la población abierta. Hasta ahora, la cobertura

1 between entities with the highest and lowest expenditure); this, without considering the fact that, historically, the poorest states have had less federal funds allocated to health, and thus, lesser access to social security. In this year, for instance, in the states of Chiapas and Oaxaca, only a fifth of homes were insured; besides, coverage is regressive (according to official numbers for this same year, while over 60% of the population in the richest quintile was insured, the numbers for the poorest quintile was of only 10%).

Based on data from the National Population Council (CONAPO), those states with lower marginalization rates receive a larger amount of public resources, and their population has larger social security coverage. In contrast, entities that present larger rates of marginalization have fewer resources allocated to health, and their population is not covered by social security. This difference brings about enormous disparities, added to the fact that states with a high degree of marginalization spend, in average, fewer resources that uninsured population.

Comparing the two types of population, the largest difference existed between the *per capita* expenditure for insured population in Mexico City (7 046 pesos) and the *per capita* expenditure for uninsured population in the state of Puebla (575 pesos). Inequity of public health services is also related to heterogeneity in coverage and quality levels. In the case of rural areas, an important number of communities do not have required coverage (studies of micro-regionalization would allow us to consider not only the extension of services but also the progressive substitution of physicians in social service by professional personnel, whose characteristics would consider continuous training and updating); likewise, in addition to a low utilization of units there are also uncared for population groups.

Heterogeneity in quality of services delivered is related to insufficient financing, deficient organization and to administration of services, scarce training of personnel, few monitoring and evaluation mechanisms and deficient information systems.

In this sense, programs such as the popular health insurance may contribute to increase heterogeneity and deepening the gap between services received by insured population and open population. So far, the coverage of the popular insurance has not grown enough, a situation that should be added to doubts regarding its effective coverage. It adds a new step to a segmented and stratified system, instead of advancing towards the consolidation of a standard and homogeneous system in terms of benefits. In consequence, it does not satisfy the criteria of equality for all Mexicans and their op-

del seguro popular no ha crecido lo suficiente, situación a la que hay que añadir las dudas sobre su cobertura efectiva. En cambio, añade un nuevo escalón a un sistema segmentado y estratificado, en lugar de avanzar en la consolidación de un sistema unificado y homogéneo en sus prestaciones. En consecuencia, no satisface el criterio de igualdad para todos los mexicanos en sus oportunidades de acceso a los servicios de salud ni en el plano de los derechos ni en lo que respecta a la calidad de los servicios. En el discurso, constituye un excelente ejemplo de lo que los neoliberales entienden como populismo, ya que promete lo que no puede cumplir: proteger la salud de más familias con las prestaciones y la financiación existentes.

Para empezar a romper el círculo vicioso es necesario tener claro el panorama y las realidades que condicionan la salud en México. Es indispensable reiterar que en el país coexisten avances significativos con desigualdades profundas. Junto a grupos asimilados a la modernidad hay otros que tienen rezagos de todo tipo; es por esto indispensable complementar los análisis de los rezagos y las desigualdades con estudios de los factores que puedan explicarlos para diseñar políticas integrales y de largo plazo.

El análisis del gasto en salud, en este sentido, debería contemplar tres dimensiones: su composición, su distribución y la utilización de los recursos, para analizar alternativas que además de promover una inversión que sea equitativa, exploren esquemas de financiación que permitan mejorar la eficiencia distributiva. Mantener sistemas públicos con diferencias tanto en la población atendida como en la financiación, abona en la segmentación e ineficiencia del sistema. Avanzar hacia la construcción de un sistema nacional de salud pasa por diseñar mecanismos de coordinación efectiva, que pueden conducir a una fusión en el largo plazo, entre los distintos sistemas públicos: los organismos de seguro social para los trabajadores (IMSS e ISSSTE), los servicios de salud de las fuerzas armadas y las principales empresas paraestatales, los sistemas estatales de salud y el seguro popular con los diversos seguros asociados que se le han sumado en la presente administración. Es necesario unificar las fuentes de financiación y las prestaciones, transitando a un sistema financiado con impuestos generales, circunstancia que permitiría desgravar al trabajo y a la inversión en el sector formal de la economía para reducir los incentivos a la informalidad.

En virtud de lo anterior, resulta necesario no sólo aumentar el porcentaje del PIB destinado al gasto en salud, sino modificar su composición, corregir las relaciones entre grado de marginación y recursos públicos recibidos, e incluir mecanismos de transparencia y rendición de cuentas que busquen mejorar la efectividad y eficacia del gasto en el ámbito de la salud. Un avance significativo en esta materia pasa por hacer valer el espíritu del Artículo 4º constitucional,

portunities of access to health services, regarding their rights and quality of services. In theory, it represents an excellent example of what neo-liberals understand as populism, as it promises what it cannot accomplish: to protect the health of more families through existing benefits and financing.

To start breaking this vicious circle, it is necessary to have a clear scenario of the reality that conditions health in Mexico. It is necessary to reassert that significant advances co-exist with deep inequalities in this country. Along with groups living in modern times there are other which have shortcomings of several types; this is why it is indispensable to complement the analysis of the later with studies of factors that may explain them so as to design integral long-term policies.

In this sense, the analysis of health expenditure, should contemplate three dimensions: its composition, distribution and utilization of resources for analyzing alternatives that asides from promoting an equitable investment, also explore financing schemes to improve distributive efficiency. Maintaining public systems with differences in population served and financing, contributes to segmentation and inefficiency of the system. Moving towards the construction of a national health system goes through the design of effective coordination mechanisms, that may lead to a fusion of different public systems in the long term: social security organizations for workers (IMSS and ISSSTE), health services for armed forces and main parastatal companies, state health systems and the popular security system with diverse associate security systems that have joined the former in the present administration. It is necessary to unify the sources of financing and benefits, moving towards a system financed by general taxes, a situation that would allow eliminating taxes from work and investment in the formal sector of economy to reduce incentives to informality.

As a result of this, it is necessary to increase the percentage of GDP allocated for health, as well as, to modify its composition, to correct the relationship between the degree of marginalization and received public resources, and to include mechanisms for transparency and accountability that seek to improve the effectiveness and efficiency of expenditures in health. A significant improvement in this matter enforces the spirit of article 4 of the Constitution, which establishes the right to health for all Mexicans. To move forward in its compliance and to create efficient mechanisms to guarantee it will bring about increased participation of citizens in the evaluation and improvement of public health services.

V. Mexico cannot aspire to become a developed country if it is unable to guarantee access to health for the whole of

que establece el derecho a la salud de todos los mexicanos. Avanzar en su cumplimiento y crear mecanismos eficaces para garantizarlo permitirá a su vez incrementar la participación ciudadana en la evaluación y el mejoramiento de los servicios públicos de salud.

V. México no puede aspirar a ser un país desarrollado si no logra garantizar el acceso a la salud a toda su población, en condiciones equitativas y con una oferta integral de prestaciones frente a los diversos riesgos que pueden enfrentar las personas a lo largo del ciclo vital. La salud es un requisito imprescindible para lograr el desarrollo de las capacidades y potencialidades de individuos y colectividades; condición ineludible para la consecución de la seguridad, la democracia y para el ejercicio pleno de la libertad.

La atención a la salud requiere definiciones claras y planteamientos integrales y novedosos. Sabemos, por experiencias propias e internacionales, que la acción pública tiene un papel central en la protección de la salud y, en situaciones adversas, cobra mayor relevancia; la acción gubernamental oportuna puede mitigar las consecuencias negativas derivadas de eventos adversos. Por esto es necesario, en primer lugar, definir con claridad una política de salud que se inspire y articule con base en el Artículo 4º constitucional. Para lograr este objetivo es indispensable establecer compromisos explícitos, sin ambigüedad alguna, por parte de todos los actores políticos, que orienten los esfuerzos para alcanzar un sistema de salud público con cobertura universal, compromiso que tendría una obligada traducción en políticas fiscales que permitan superar, y pronto, las debilidades financieras.

La actual segmentación de los servicios públicos de salud es un factor decisivo para ahondar y reproducir la desigualdad. Aunque en el corto plazo los programas dirigidos a población abierta puedan mejorar significativamente sus condiciones de vida, en el largo plazo abonan en la heterogeneidad de las prestaciones y en la dispersión de los esfuerzos, reduciendo la eficacia del gasto público ante la incapacidad de aprovechar economías de escala, de alcance y de aglomeración que son propias de un sistema integrado.

Construir un sistema nacional de salud en un país en donde el empleo formal se ha estancado y la informalidad campea en todos los ámbitos de nuestra economía, requiere revisar a fondo la cuestión de la financiación. En la actualidad, enfrentamos la paradoja de un sistema de salud para el sector formal de la economía que no puede sostenerse con las contribuciones de trabajadores y empleadores y requerirá un creciente subsidio gubernamental, frente a un sistema para población abierta que no puede sostenerse tampoco con cuotas de los beneficiarios y requiere también financiación con cargo a ingresos fiscales, pero ofrece una oferta más limitada de servicios. Mantener la segmentación

its population, in equal conditions and under an integral offer of benefits regarding the various risks that people may face throughout their lifecycle. Health is an indispensable requirement for achieving the development of individual and collective skills and potential; it is also an indispensable condition for the achievement of security, democracy and a full exercise of freedom.

Health care requires clear definitions as well as innovative and integral approaches. We know, from our own and from international experience, that public action plays a key role in health protection, and that, under adverse situations, it gains larger relevance; a timely action from the government may alleviate negative consequences derived from adverse events. This is why it is necessary, in the first place, to clearly define a health policy that is inspired, and articulated, on article 4 of the Constitution. To achieve this objective, it is indispensable for all political actors to unambiguously establish explicit commitments, which may aim efforts at attaining a public health system of universal coverage, a commitment that would be translated into tax policies that may soon assist to overcome financial weaknesses.

The existing segmentation of public health services is a decisive factor to increase and reproduce inequity. Although on a short term programs aimed at the open population may significantly improve living conditions, on the long term they contribute to heterogeneity in benefits and dispersion of efforts, thus reducing the efficiency in public expenditures regarding the inability to profit from economies of scale, extension and agglomeration that characterize an integral system.

Building a national health system in a country where formal employment has stagnated and informality permeates all areas of our economy requires a thorough review of the funding issue. We are currently facing the paradox of a health system for the formal sector of the economy that cannot be sustained by contributions from workers and employers and that will require increased government subsidy, compared to a system for the general population that cannot be sustained either with contributions from beneficiaries and also requires to be financed by taxes, but offers a more limited supply of services. To maintain the existing segmentation may contribute, as noted by Santiago Levy<sup>4</sup>, to generate incentives for informality, but does not reduce the gap between services received by insured population from IMSS and ISSSTE which needs to be maintained and strengthened, and which may be received by beneficiaries of the popular insurance.

<sup>4</sup> Levy Santiago. *Good intentions, bad outcomes. Social policy, informality, and economic growth in Mexico*, Washington, Brookings Institution, 2008.

actual puede contribuir, como ha señalado Santiago Levy,<sup>4</sup> a generar incentivos a la informalidad, pero tampoco reduce la brecha entre los servicios que reciben los asegurados del IMSS y del ISSSTE y que es necesario mantener y fortalecer, y los que pueden recibir los beneficiarios del seguro popular. Dado que el déficit de los servicios de salud de IMSS e ISSSTE tenderá a crecer y que en consecuencia, los recursos públicos destinados a cubrirlo aumentarán, resulta ampliamente justificado que toda la ciudadanía tenga acceso a prestaciones equivalentes.

Existen razones desde el punto de vista de la equidad y de la eficiencia para apoyar la transición a un sistema de salud con cobertura universal y financiación pública. Ya hemos señalado las razones más importantes desde el punto de vista de la equidad, por lo que solo nos resta señalar que, desde el punto de vista de la eficiencia, un gravamen diferencial de los factores de la producción, en este caso el trabajo y el capital, reduce el empleo y la inversión en el sector en el que se aplica el gravamen, en este caso el sector formal de la economía, e incentiva el empleo y la inversión en el sector que no está gravado con las cuotas a la seguridad social. Sustituir las contribuciones a los seguros de enfermedad y maternidad del IMSS e ISSSTE por impuestos generales reduciría las distorsiones que favorecen la informalidad y permitiría avanzar en la construcción de un sistema de bienestar social basado en la noción de derechos sociales y no en la categoría de derechohabiente, que depende a su vez del empleo en el sector formal.

Para avanzar en el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud es fundamental garantizar la cobertura (y calidad) universal de los servicios (de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación, tanto de orden ambulatorio como de hospitalización); integrar la totalidad de instituciones y programas; incrementar paulatina pero sustancialmente el financiamiento público; reducir el gasto privado, particularmente en lo que hace al gasto de bolsillo; diseñar mecanismos de distribución equitativa de los recursos que combata los enormes rezagos entre grupos y regiones; disminuir la carga burocrática e impulsar procesos de desconcentración y descentralización.

Realistamente, un sistema nacional de salud tendría que construirse conservando como eje al Instituto Mexicano del Seguro Social, la institución que cuenta con la mayor cobertura e infraestructura. La ampliación de la cobertura del IMSS y la homologación de las prestaciones de los demás programas con las que ofrece el Instituto sería el camino adecuado para construir un sistema nacional de salud. Para alcanzar esta meta, el gasto público en salud se tendría que duplicar como porcentaje del PIB, para pasar de 2.9 a 6%,

Since the deficit of the health services of IMSS and ISSSTE will tend to grow and therefore, the public resources allocated for its coverage will increase, it is widely justified that all citizens have access to equivalent benefits.

There are reasons from the point of view of equity and efficiency to support the transition to a health system with universal coverage and public funding. We have already noted the most important reasons from an equity approach, but we still have to note that from the standpoint of efficiency, a differential taxation of production factors, in this case work and capital, reduces employment and investment in the sector where the tax applies, in this case, the formal sector of the economy, and that it also encourages employment and investment in the sector not taxed with social security contributions. To replace contributions to health and maternity insurance of the IMSS and ISSSTE with general taxes would reduce overall distortions that encourage informality and allow for progress in building a welfare system based on the notion of social rights, and not in the category of a right-holder that depends on employment within the formal sector.

To move forward in the establishment of a National Health System it is fundamental to guarantee universal coverage (and quality) of services (ambulatory and hospitalization, preventive, healing and rehabilitation services); to integrate the totality of institutions and programs; to slowly but substantially increase public financing; to reduce private expenditure, particularly in the case of pocket money; to design mechanisms for the equitable distribution of resources so as to fight the enormous gaps between groups and regions; to decrease the bureaucratic burden and to promote decentralization and deconcentration processes.

From a realistic point of view, a national health system would have to be built by preserving the Mexican Social Security Institute as an axis, as said institution has the largest coverage and infrastructure. Expanding the coverage of the IMSS and standardizing benefits of other programs with those offered by the Institute, would seem to be an adequate way for building a national health system. To reach this goal, the public health expenditure would have to be doubled —as percentage of the GDP—, to move from 2.9 to 6%, a percentage notoriously smaller than the one destined to developed countries and slightly above the Latin American average if we deduct private health expenditure. This expenditure would tend to increase over time due to the care costs growing above inflation due to the epidemiological transition. Whether the expenditure rise translates into

<sup>4</sup> Levy Santiago. *Good intentions, bad outcomes. Social policy, informality, and economic growth in Mexico*, Washington, Brookings Institution, 2008.

un porcentaje sensiblemente menor al que se destina en los países desarrollados y ligeramente por encima de la media latinoamericana si le restamos el gasto privado en salud. Este gasto tendería a aumentar con el tiempo debido a que los costos de atención crecen más que la inflación debido a la transición epidemiológica. Si el incremento en el gasto se traduce en un aumento de su proporción con respecto al PIB, es una cuestión que dependerá de la tasa de crecimiento del producto en los próximos años.

Parte importante de esta arquitectura sanitaria tiene que ver con alcanzar una mayor coordinación entre la política económica y la política social, tarea que si bien no será fácil resulta indispensable. El éxito de esta empresa radica en impulsar (y concretar) grandes acuerdos basados en compromisos explícitos, inteligencia, generosidad y amplitud de miras. La construcción de un sistema nacional de salud, universal por su cobertura e integral por sus prestaciones, puede ser una propuesta que permita movilizar a la opinión pública y superar la resistencia hacia una reforma fiscal de gran envergadura. Poner por primera vez la política social en el centro y subordinar a sus objetivos a la política económica sería una decisión política de gran trascendencia para nuestro país, y un paso adelante de gran trascendencia en la consolidación de nuestra democracia.

Nuestra nación quiere —y requiere— romper las grandes brechas entre quienes tienen todo y quienes carecen de lo elemental. El de la salud es un tema que tiene una virtud particular, ya que además de ser un derecho (que en nuestro caso está consagrado en la Constitución), es un anhelo de la sociedad y un valor que fortalece el entramado social. Razones que, por sí mismas, debieran conducir a asumir la protección a la salud no sólo como uno de los contenidos de la política social de Estado, sino como instrumento estratégico del combate a la pobreza, componente esencial de la democracia y estrategia fundamental para el desarrollo económico.

## Bibliografía

Barba, Carlos. Ponencia presentada en el “Primer Encuentro Universitario hacia un México social”, “La reforma de la ley general de salud en México y la creación del seguro popular: ¿Hacia la cobertura universal?, México, Seminario Universitario de la Cuestión Social, 2009.

Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico*, México, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, SHCP, Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006.

Cordera, Rolando, Leonardo Lomelí y José Narro. “Universalización de la Salud”, ponencia presentada en el Coloquio

an increase of its proportion in relation to the GDP, it is a matter that will depend on growth rate of the product in the next few years.

An important part of this architecture in health has to do with attaining larger coordination between economic and social policies, a task that is not easy but certainly indispensable. The success of this Endeavour resides in promoting (and achieving) large agreements based on explicit commitments, intelligence, generosity and a wide vision. Building a national health system, with universal coverage and integral benefits, may be a proposal that may mobilize public opinion and overcome resistance towards a large-scale tax reform. Placing, for the first time, social policy as a central issue and subordinating its objectives to economic policy would be a political decision of great transcendence for our country, and a step forward of great relevance for the consolidation of our democracy.

Our nation wants-and needs-to break the large gaps between those who have everything and those who lack the basics. The health issue has a particular virtue, as besides from being a right (which in our case is enshrined in the Constitution), is a longing of society and a value that strengthens the social network. These reasons, by themselves, should aim at protecting health not only as one of the social contents of a State policy but also as a strategic tool to fight poverty, a key component of democracy and a fundamental strategy for economic development.

## References

Barba, Carlos. Presentation made during the “First University Meeting towards a social Mexico”, “Reforms to the general health law in Mexico, and the creation of a popular insurance: Towards universal coverage?, Mexico, University Seminar on Social Matters, 2009

Mexican Commission on Macroeconomics and health. *Macroeconomics and health. Investing in health for economic development*, Mexico, Ministry of Health, Mexican Foundation for Health, National Public Health Institute, SHCP, Mexican Commission on Macroeconomics and Health, 2006.

Cordera, Rolando, Leonardo Lomelí and José Narro. “Universalization of Health”, presentation made at the Colloquium “Towards globalization of health and social security”, Mexico, 2006.

Frenk Mora, Julio, “Structural reform of the health system in Mexico”, presented during the national ordinary meeting of the Mexican Academy of Medicine Faculties and Schools, Nayarit, 2006.

“Hacia la universalización de la salud y la seguridad social”, México, 2006.

Frenk Mora, Julio. “La reforma estructural del sistema de salud en México”, ponencia presentada en la reunión nacional ordinaria de la Academia Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, Nayarit, 2006.

Levy, Santiago. *Good intentions, bad outcomes. Social policy, informality, and economic growth in Mexico*, Washington, Brookings Institution, 2008.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre Desarrollo Humano en México 2006-2007*, México, Oficina del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México, 2007.

Levy, Santiago. *Good intentions, bad outcomes. Social policy, informality, and economic growth in Mexico*, Washington, Brookings Institution, 2008.

United Nations Development Program. *Report of Human Development in Mexico 2006-2007*, Mexico, United Nations Development Program, Mexico Office, 2007.